

ANNÉE 1929

THÈSE

109^{No}

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

SZILAGYI LADISLAS

Né le 14 Juillet 1901, à Oradea-Mare (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'APPENDICITE

au cours de la grossesse

Valeur du signe de la contracture permanente et douloureuse de l'utérus

Président de Thèse : M. le Professeur BRINDEAU.

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR
13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
PARIS

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

SZILAGYI LADISLAS

Né le 14 Juillet 1901, à Oradea-Mare (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'APPENDICITE

au cours de la grossesse

Valeur du signe de la contracture permanente et douloureuse de l'utérus

Président de Thèse : M. le Professeur BRINDEAU.

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
PARIS

1929

I. — PROFESSEURS

Le Doyen M. ROGER

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux ..	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	DEL BET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SÉBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK

LEIDEN

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

	MM.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Neurologie et Psychiâtrie	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale	BASSET.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIÈRE.
Pathologie chirurgicale	BROCQ.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHIRAY.
Pathologie médicale	CLERC.
Hygiène	DEBRE.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Médecine légale	DUVOIR.
Obstétrique	ÉCALLE.
Pathologie médicale	FIESSINGER.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Pathologie médicale	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Pathologie chirurgicale	LARDENOIS.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Obstétrique	LEVY-SOLAL.
Pathologie mentale	LHERMITTE.
Pathologie médicale	LIAN.
Pathologie chirurgicale	MATHIEU.
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	GIROUD.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie chirurgicale	QUÉNU.
Physiologie	RICHET Fils.
Dermatologie et syphiligraphie	SÉZARY.
Pathologie médicale	VALLÉRY-RADOT.
	(Pasteur)
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophtalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.
Pharmacologie	MERCIER.
Histologie	MULON.
Anatomie Pathologique	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pathologie médicale	X...
Obstétrique	DEMELIN.
Obstétrique	LEQUEUX.
Obstétrique	GUENIOT.
Histologie	RETTERRER.
Physique	ZIMMERN.
Pharmacologie	BUSQUET.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE (ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	ALGLAVE.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique obstétricale	LE LORIER.
Clinique médicale infantile	LEREBOULLET.
Clinique médicale	LÉRI.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique médicale	X...

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

de la Clinique Tarnier

*Qu'il trouve ici l'expression de notre
respectueuse reconnaissance pour le
grand honneur qu'il nous a fait en
acceptant la présidence de notre thèse.*

*Je dédie ce travail à mes Maîtres dans les Hôpitaux
et à la Faculté de Paris :*

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR WIDAL
de l'Hôpital Cochin

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT
de l'Hôtel-Dieu

Je tiens particulièrement à remercier :

MONSIEUR LE DOCTEUR LEMELAND
Accoucheur des Hôpitaux

ET MONSIEUR RISACHEZ
Aide de Clinique à la Maternité de Paris

*Qui ont bien voulu me guider de leurs
conseils au cours de cette étude.*

Je remercie également

MONSIEUR LE DOCTEUR RUDAUX
Professeur en Chef à la Maternité

*De son bienveillant appui qu'il a témoi-
gné au cours de la préparation de cette
thèse.*

A MON MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR CATHALA

Accoucheur en chef à la Maternité de l'Hôpital Saint-Louis

*Dont j'ai suivi l'enseignement avec le
plus grand intérêt. Qu'il trouve ici
l'expression de toute ma reconnais-
sance.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MA FEMME

En témoignage de mon immense affection.

A MON FRÈRE

A TOUS MES AMIS

A TOUS LES MIENS

AU DOCTEUR DUCRAY

Spécialiste à Nice

Qui a droit à toute ma reconnaissance de débutant et dont la science, la grande expérience et la conscience professionnelle m'ont toujours guidé avec une indulgente bienveillance.

Historique

Comme le disent avec justesse MM. Favreau et Chaput dans un article paru dans le « Progrès Médical », l'étude des rapports de l'appendicite et de la grossesse est de date récente en France, puisque c'est en 1897 et 1898 que nous trouvons les premiers travaux de Dieulafoy, de Pinard, de Tuffier et de Legendre sur la question.

Mais dans ces vingt dernières années de nombreux travaux ont été faits sur ce sujet, les uns pour attirer l'attention sur l'influence, que peut avoir le développement de l'organe gravidique sur l'apparition ou le réveil de l'appendicite, les autres pour signaler la diversité des symptômes, les difficultés du diagnostic, ou la conduite à tenir lorsque le diagnostic est fermement établi.

De nombreuses thèses furent inspirées par ce même sujet : Pénard (Paris, 1912), réunit tous les travaux antérieurs; Koutsieff (Bordeaux, 1914) étudia l'appendicite gravidique, facteur des vomissements incoercibles; Glotain (Paris, 1915); déclare avoir trouvé cent cinquante cas publiés; Homsy (Bordeaux, 1918) traita spécialement de l'appendicite chronique dans ses rapports avec la grossesse; Chaput (Bordeaux,

1923) apporte d'importantes précisions au point de vue du diagnostic différentiel; Boury (Paris, 1925) étudie avant nous le même sujet.

Vautrin en 1914 publie plusieurs observations relatives aux erreurs possibles dans le diagnostic de l'appendicite gravidique.

Hemeck en 1917 publie l'étude analytique de cent trente-sept cas.

Guéniot rapporte un cas opéré à chaud en 1920 dans les derniers mois de la grossesse.

En Allemagne, nous pouvons citer avec Korn Boije qui réunit soixante-seize cas (Mitteilungen aus Kl. Engström in Helsingfors); Stochler publie vingt-huit observations (Zentralblatt für Gyn., 1909); Fueth étudia la disposition anatomique de l'appendicite pendant la grossesse à l'aide de la radiographie (Archiv für Gyn., 1905). En 1906, Fellner expose la question au point de vue du traitement opératoire (Therapeut. der Gegenwart, Berlin, 1906).

Renvall fait une étude complète de la question en 1908 réunissant un nombre très important d'observations personnelles et toutes les observations préexistantes de la littérature dont il fait une analyse objective et dont il déduit des conclusions très importantes au point de vue pathogénique et thérapeutique.

Nous pouvons citer encore les noms de Cristalli et de Caturané en Italie, ceux de Goldenberg-Bayler et de Placin-

teanu en Roumanie qui se sont occupés de la même question. Les auteurs anglais et américains ont grandement contribué aussi à l'éclaircissement de maints points obscurs. Parmi eux nous ne mentionnons que Grattan.

Autrefois il semblait que l'appendicite pendant la grossesse est extrêmement rare et on est allé même à dire que la grossesse crée un état réfractaire contre les crises appendiculaires, préservant ainsi la femme pendant toute la durée de la parturition. Mais plus l'attention commence à être attirée sur la relation qui existe entre l'appendicite et la grossesse, plus on reconnaît l'inexactitude de cette affirmation, qui était pourtant confirmée dans le temps par de grandes statistiques portant sur plusieurs dizaines de mille d'accouchements et ne rapportant que quelques rares cas d'appendicite concomittante. Ainsi Fraenkel revisant 40.000 observations portant sur diverses affections obstétricales n'a trouvé que 4 cas d'appendicite. Schauta en rapporte également 4 sur 34.090 accouchements; Rosthorn 2 sur 27.000. En réunissant différentes statistiques anciennes, MM. Favreau et Chaput sont arrivés à trouver un cas d'appendicite sur 10.000 accouchements environ. A la clinique Baudelocque, on aurait compté une appendicite sur 11.500 entrantes. D'autre part, sur 2.000 opérations d'appendicite, faites par Sonnenburg, il n'y avait que 4 exécutées sur des femmes enceintes.

Ces statistiques sont cependant trop sujettes à des critiques sérieuses. Tout d'abord, il faut reconnaître, qu'autre-

fois en matière d'appendicite gravidique les erreurs de diagnostic non contrôlées par l'autopsie étaient fort nombreuses.

Mais l'objection la plus sérieuse qu'on peut leur opposer, c'est qu'autrefois, contrairement à ce qui se passe aujourd'hui, il n'y avait pas dans les Maternités de consultations régulières pour les femmes enceintes pendant toute la durée de leur grossesse. Ainsi des anciennes statistiques des cliniques d'accouchement on ne peut tirer qu'une conclusion et notamment que l'appendicite se manifeste très rarement pendant le travail et les quelques jours ou semaines qui le précèdent et qui le suivent, mais on ne peut à peu près rien conclure sur ce qui s'est passé pendant le temps bien plus long de la grossesse.

En effet, des statistiques plus récentes faites avec une attention spéciale sur la question qui nous intéresse nous conduisent à des conclusions tout autres que celles qu'on a déduites des statistiques antérieures.

Le pourcentage le plus fort est celui donné par Routier qui rapporte 12 appendicectomies chez des femmes enceintes sur 1.300 appendicectomies (mais il faut tenir compte ici des opérations pratiquées par mesure prophylactique).

Renwall en revisant toutes les observations parues dans le journal « Jahres berichten der Geburtshilflichen Klinik », nous rapporte 3 cas d'appendicite par an en moyenne sur les 2.500 accouchements observés annuellement.

Dans la polyclinique gynécologique d'Engström, on a

diagnostiqué 10 cas d'appendicite sur 1.109 grossesses ce qui correspond à 1 pour 11 environ.

Il existe donc une disproportion notable entre les pourcentages établis par les publications anciennes et récentes.

La multitude des observations parues dans ces quelques dernières années semble nettement démontrer que l'appendicit gravidique est une affection beaucoup plus fréquente qu'on ne le pensait autrefois. Aujourd'hui la question est à l'ordre du jour. Il y a plusieurs auteurs, qui ont observé de nombreux cas et cela dans un intervalle plus ou moins court. L'attention est réveillée, le diagnostic est plus souvent posé.

Ainsi Sprengel a fait trois appendicectomies au cours de la grossesse en deux ans.

Calmann a publié cinq cas opérés en deux ans également, etc....

En résumé donc il nous semble bien devoir admettre avec Renvall que l'appendicite gravidique est loin d'être extrêmement rare; si elle est relativement peu fréquente, cela tient au fait que pour une même femme le temps de gestation est trop court relativement à tout le temps de l'existence pendant lequel cette affection peut survenir.

Etiologie et Pathogénie

La plupart des auteurs admettent que la grossesse ne peut pas être considérée comme une cause provocatrice d'une appendicite primaire, mais son influence se manifesterait surtout en ce qu'elle réveille une récurrence d'une appendicite déjà préexistante.

C'est la grande question de la culpabilité de la gestation dans la production du mal, qui se soulève. Les avis ne sont pas du tout concordants, même de nos jours.

A la lecture des observations on se rend compte, que le plus souvent on a affaire à des formes secondaires, dans lesquelles l'infammation latente recevrait un coup de fouet du fait de la gestation.

Les neuf malades opérées par Tédénat au cours des 3^e et 4^e mois avaient eu antérieurement des attaques très nettes.

Cette influence fâcheuse de la grossesse, on l'explique de façons différentes.

Ce sont les causes mécaniques qui sont invoquées le plus fréquemment :

Tout d'abord l'appendicite serait défavorablement influencée par les déplacements qu'il est obligé de subir du

fait de la croissance et des modifications des rapports de l'utérus. Il est vrai que la fixation anatomique du cæcum semble exclure un grand déplacement de cet organe sauf anomalies mésentériques (Myer), mais si l'on admet la préexistence de quelques reliquats d'inflammations, plus ou moins anciennes, appendiculaires, ou annexielles, sous forme d'adhérences ou de brides péritonéales, qui fixeraient l'appendice aux organes voisins et qui la gêneraient au moment de suivre le cæcum dans son ascension (si minime soit-elle), on comprend qu'il puisse subir des coudures, des compressions ou des tiraillements favorisant le développement de microorganismes en vase clos ou occasionnant la rupture d'une poche purulente enkystée, rupture qui surviendrait soit à la suite des contractions utérines pendant le travail ou même pendant les derniers mois de la grossesse, soit à cause de la diminution brusque de volume de la matrice consécutive à l'expulsion du fœtus, le danger étant particulièrement grand dans les cas où l'appendice eût contracté des adhérences avec la matrice même.

Or, nous savons d'après les recherches minutieuses de Fueth poursuivies sur le vivant à l'aide de la radiographie, que l'appendice se trouve rarement dans une position telle, qu'il puisse adhérer à la matrice. Et, en effet, malgré les nombreuses extirpations appendiculaires on n'entend guère parler d'un appendice qui eût contracté des adhérences avec l'utérus.

D'autre part, pratiquement parlant, l'utérus ne pourrait exercer aucun tiraillement sur l'appendice, même adhérent à lui, avant le 4^e mois de la gestation, date à laquelle il se dégage du petit bassin. Pourtant, on observe beaucoup d'appendicites dans les tout premiers mois de la grossesse. De plus, en résumant un nombre important d'observations, Renvall démontre que l'appendicite survient dans une proportion sensiblement égale à n'importe quelle époque de la parturition et qu'avec l'augmentation de volume de la matrice, pas plus qu'avec l'apparition des contractions utérines, il n'y a aucune tendance à ce que les cas d'appendicite deviennent plus fréquents.

Et enfin si l'appendicite survient au moment du travail, personne ne peut décider, si c'était l'installation des contractions utérines qui a provoqué la crise septique, ou si au contraire, c'était la crise appendiculaire qui a déclenché le travail en provoquant des contractures réflexes ou par mort du fœtus.

Nous allons voir que toute la symptomatologie de l'appendicite gravidique peut souvent se résumer dans des manifestations du côté de l'utérus sans aucun signe péritonéal.

Tout ce que nous pouvons dire, c'est que les cas authentiques d'appendicite survenus après le déclenchement du travail, chez une femme qui n'a présenté aucun signe ou manifestation suspecte jusqu'à ce moment, sont extrêmement rares. Il n'en existe que quelques-uns dans toute la littérature.

Donc, en résumant tout ce que nous avons avancé jusqu'à présent, nous voyons que la matrice gravide par elle-même ne peut être considérée en aucune façon comme un facteur provocateur d'une crise d'appendicite primaire, tout au plus peut-elle réveiller et encore rarement, par coïncidence de plusieurs circonstances favorable une appendicite éteinte ou latente. Et de fait, si l'utérus gravide devait avoir une influence aussi systématiquement fâcheuse — dit Fraenkel —, il faudrait que l'appendicite gravidique soit au moins aussi fréquente, qu'elle est rare heureusement.

Contrairement à ces facteurs purement mécaniques qui sont comme nous venons de le démontrer plus ou moins anodins, les modifications générales histophysiologiques imprimées à l'organisme par l'état grossesse peuvent jouer un rôle réel dans le réveil d'une crise d'appendicite.

Ainsi la colibacillémie gravidique, résultat de la constipation quelquefois opiniâtre de la femme enceinte se localise généralement au niveau du rein, de la vésicule biliaire, mais il est probable que cette localisation puisse se faire au niveau d'un lieu quelconque de moindre résistance, d'un appendice déjà sensibilisé par une atteinte antérieure. Le Professeur Rudaux avec Kœnig attribuent une grande responsabilité à cette constipation opiniâtre comme facteur dans la production de l'appendicite.

Admettons cependant que la colibacillémie ne se localise pas directement sur l'appendice mais, comme c'est bien plus

fréquent, sur la vésicule biliaire, étant donné la grande facilité avec laquelle les femmes enceintes sont amenées à produire des calculs biliaires par suite de la cholestérynémié gravidique. En effet, les lithiases gravidiques s'infectent facilement et la cholécystite consécutive se propage très souvent jusqu'à l'appendice par la voie lymphatique.

Schauta invoque l'hyperémie veineuse et la congestion importante de tous les organes situés dans le petit bassin comme une cause importante du réchauffement d'une appendicite antérieure refroidie. Cette congestion peut réveiller et de fait elle réveille assez souvent de vieilles annexites éteintes dont les agents pathogènes pourraient gagner l'appendice par les lymphatiques du ligament appendiculo-ovarien de Clado, quand il existe.

Si donc l'utérus par lui-même est pour ainsi inoffensif la grossesse par contre peut être un agent provocateur. Mais innombrables sont les observations où la grossesse a poursuivi son cours normal sans réveiller une appendicite, qui cependant, s'était manifestée préalablement par des crises multiples (cas de Vinay, Boije, Driessen). La conclusion qui découle tout naturellement de ce fait est la suivante : Nous ne pouvons pas affirmer qu'il y ait toujours une relation de cause à effet entre l'état grossesse et l'affection qui nous intéresse. Le fait que pendant la grossesse une crise appendiculaire se produit ne prouve nullement que ce soit la grossesse qui en est la cause. La tendance aux récidives est dans la nature même de cette maladie, et elle peut se manifester pendant la parturition, sans que celle-ci y prenne la moindre part.

Symptômes

Il est exact de dire que dans l'appendicite compliquant la grossesse il ne faut pas s'attendre à trouver toujours nets et réunis les symptômes classiques de l'appendicite.

Ce qu'il faudra donc essayer de faire, c'est, non pas de diagnostiquer une appendicite alors que tous les symptômes classiques sont présents, mais de suspecter cette affection chaque fois qu'une femme enceinte se plaint de douleurs abdominales étant donné que les signes objectifs de réaction péritonéale sont souvent masqués ou très estompés et apparaissent tout à fait au second plan.

Par contre les signes subjectifs et notamment les douleurs spontanées gardent toute leur valeur quand ils existent, ce qui est, en général, le cas. Ce sont eux qui apparaissent les premiers en date et constituent le symptôme signal.

La douleur n'atteint pas d'emblée toute sa vivacité. Ce n'est qu'après une ou plusieurs heures qu'elle devient intense et encore rarement excessive. Son siège d'élection est rarement le point Mac Burney, il est souvent élevé, para-ombilical et surtout sous-hépatique avec irradiation scapulaire.

La douleur est augmentée à la pression et avec certains mouvements actifs ou passifs, surtout si la malade soulève sa jambe droite ou même si on remue simplement ce membre (signe de Jaworsky); elle est souvent réveillée à droite par la pression sur le flanc gauche de l'utérus (Brindeau).

L'hyperesthésie de la paroi abdominale manque souvent; de même la défense musculaire, signe important en dehors de la grossesse, est presque toujours très difficile à mettre en évidence et nombreux sont les cas, où le ventre reste parfaitement souple.

Par contre, l'existence de vomissements à répétition, survenant en même temps que les douleurs, chez une femme enceinte, qui n'a pas vomi antérieurement est un bon signe en faveur de l'appendicite. De même chez toute femme enceinte qui présente des vomissements « trop incoercibles » même en l'absence de toute douleur, on doit ne pas omettre à rechercher par un interrogatoire serré les antécédents appendiculaires. La constipation douloureuse ou anormalement rebelle peut avoir la même signification.

L'élévation thermique et l'état général de la malade donneront pendant la grossesse des indications plus trompeuses que jamais. Donc il ne faut pas y compter du tout. Des appendicites graves peuvent évoluer avec un état général se maintenant bon et avec une fièvre minime.

Le pouls ne donne de renseignement qu'au point de vue pronostic.

Il prend une très grande valeur lorsqu'il devient petit, filant, rapide et que la température reste relativement basse.

En présence du moindre doute *l'interrogatoire* sera orienté du côté des antécédents génitaux, mais on recherchera surtout les antécédents intestinaux et tout spécialement les antécédents appendiculaires dont la présence est d'une réelle valeur.

A côté des signes de réaction péritonéale ci-dessus énumérés, la symptomatologie est faite d'autre part des réactions de l'utérus gravide qui masquent parfois tous les autres symptômes.

Dans certains cas l'utérus devient d'une dureté ligneuse facilement appréciable par le toucher vaginal combiné à la palpation de l'abdomen, ou par le palper abdominal seul, dans les derniers mois de la grossesse.

Cette dureté peut être tellement marquée qu'elle fait songer quelquefois à une hémorragie rétroplacentaire, d'autant plus que la palpation de l'abdomen est très douloureuse dans les deux cas. Mais dans le cas d'appendicite l'utérus garde sa forme et son volume normaux.

Dans d'autres cas, l'utérus n'est pas aussi dur, mais présente une tension spéciale permanente ou survenant par période plus ou moins espacées, tension consécutive à des contractures utérines répétées, ou à une tétanisation presque permanente du muscle utérin avec des recrudescences de temps en temps. Ces contractures sont plus ou moins dura-

bles et fort douloureuses. Elles peuvent en imposer pour un début de travail d'autant plus que les réactions péritonéales peuvent rester minimales et passer inaperçues. Les multipares perçoivent souvent subjectivement ces contractions douloureuses comme des tranchées gravidiques ou coliques de travail (Rudaux).

Cependant le toucher fait percevoir un col nullement dilaté : signe qui permet d'affirmer qu'on est en présence d'un faux travail traduisant la défense utérine en rapport avec une appendicite en évolution, dont il faut, en pareil cas, rechercher soigneusement les autres symptômes.

Ce signe de la contracture permanente et douloureuse de l'utérus qui peut survenir à plusieurs reprises mérite d'être retenu en raison de sa netteté et de sa facile constatation.

Dans l'observation n° 2, il a prédominé pendant toute la durée du travail alors que les symptômes appendiculaires étaient estompés. La tension utérine fut tellement marquée pendant toute la période d'expulsion qu'elle gêna considérablement l'auscultation des bruits du cœur fœtal.

On est même autorisé à se demander si cette hypertension n'était pas responsable de la mort du fœtus d'autant plus qu'à la rupture des membranes, le liquide amniotique était fortement teinté de méconium.

Après l'expulsion, la contracture persista et fut assez marquée pour empêcher la délivrance de se faire spontanément.

Le lendemain, quand les phénomènes appendiculaires se précisèrent, l'utérus était toujours dur, contracté et très douloureux au palper.

Dans l'observation n° 3 rapportée également par M. Lemeland fort de l'expérience antérieure, la constatation de cette tension anormale lui a permis en quelque sorte de confirmer le diagnostic alors que les symptômes étaient encore discrets.

L'observation n° 1 publiée par MM. Rocher, Péry et Favreau fait aussi ressortir l'importance considérable du signe de la contracture douloureuse de la matrice et montre qu'en présence de phénomènes fébriles, douloureux, développés dans le bas-ventre chez une femme enceinte avec peu de réaction péritonéale, mais avec fortes réactions du côté de l'utérus (contracture, rigidité, douleur), il conviendra de songer à l'appendicite, même en l'absence de tout point classique.

Nous retrouvons le même signe dans toutes nos observations.

Il nous a paru intéressant d'insister sur sa valeur, car ses indications peuvent être précieuses quant au cours de la gestation il faut faire le diagnostic différentiel de l'appendicite avec les affections ne s'accompagnant pas d'irritation péritonéale.

Au point de vue physio-pathologique cette contracture peut s'expliquer à la manière d'une contracture réflexe du muscle utérin sous-jacent à une séreuse péritonéale en état

d'inflammation, contracture qui doit se produire à *priori* au cours de toute manifestation péritonéale aiguë voisine de l'utérus.

Elle est plus facilement constatable au cours de la grossesse en raison du fort développement de la matrice, qui rend sa palpation plus aisée.

Diagnostic

Au début de la grossesse il y a deux affections douloureuses qu'il importe surtout de distinguer d'une crise d'appendicite. Ce sont la grossesse extra-utérine et la salpingite droite (Vaulescal).

Pour la *grossesse extra-utérine* c'est relativement facile. L'évidence de symptômes traduisant une hémorragie interne est bien en faveur de la rupture d'une grossesse tubaire surtout si la femme présente quelque temps après un ictère acholurique (hémolytique) par résorption du sang épanché avec urobilinurie (Brindeau).

Les écoulements sanguins à l'extérieur avec caillots, quelquefois l'expulsion d'une caduque, la douleur dans le Douglas au toucher profond, l'augmentation insuffisante de l'utérus pour l'âge de la grossesse, la perception d'une masse annexielle souvent prolabé dans le Douglas, sont des signes qui doivent faire écarter l'appendicite (Vaulescal).

Mais s'il s'agit de salpingite droite, avec réaction péritonéale, il faut bien avouer que le diagnostic peut être hésitant, car l'examen des symptômes douloureux peut donner exactement le même résultat. Au point de vue anatomique,

les deux affections donnent lieu aux mêmes variétés : poussées inflammatoires, abcès, adhérences.

On sait combien sont fréquents les retentissements des lésions de l'appendice sur les annexes et vice-versa. Le « flirt » appendiculo-ovarien est bien connu. La notion de la bilatéralité prend ici toute son importance. Le signe de Berthomier peut être utile, mais il est loin d'être constant. (Dans les annexites, la pression au point Mac Burney est moins douloureuse dans le décubitus latéral gauche, que dans le décubitus dorsal). Seule l'étude des antécédents sera d'un grand secours en pareil cas et comme dans les deux cas, il y a lieu le plus souvent d'intervenir c'est l'intervention qui va trancher le diagnostic (Vaudescal).

Dans la seconde moitié de la grossesse il ne faut pas confondre l'appendicite avec l'urétéro-pyéélite : dans ce dernier cas la réaction péritonéale et l'élément douleur sont, en général, moins marqués ; le siège de la douleur est multiple sur tout le trajet du tractus urinaire avec irradiations vers la cuisse et la vessie. Cependant il faut toujours penser à l'appendicite pelvienne si la grossesse n'est pas encore trop avancée et ne jamais omettre le toucher vaginal et rectal.

Dans l'urétéro-pyéélite le rein est souvent perceptible et douloureux ; enfin il existe un état particulier des urines qui sont troubles et contiennent du pus et des microbes.

Plus difficile est le diagnostic de la cholécystite. Une tuméfaction formée par la vésicule biliaire distendue, peut être

prise pour un abcès périappendiculaire, d'autant plus que les points douloureux particuliers à chacun de ces affections sont très rapprochés pendant la grossesse. Mais l'appendicite, la pyélonéphrite et la cholécystite sont, au cours de la grossesse, sous la dépendance du même facteur habituel : la colibacillose ; elles peuvent coexister et souvent il est très difficile de déterminer exactement, quel est l'organe le plus touché : vésicul biliaire, appendice, ou bassinnet, en général c'est ce dernier (Vaudecal).

A n'importe quel moment de la grossesse l'appendicite peut se débiter par une interruption brusque de la gestation et alors on la confond avec une fausse-couche. C'est une erreur des plus fréquentes et des plus graves. Ainsi dans l'observation n° 4 les douleurs furent prises à Baudelocque, puis à la Charité pour des prémices d'un accouchement prématuré. Rien ne laissait présumer l'atteinte de l'appendice. L'idée de l'avortement ou de simples tranchées utérines se présentant de suite à l'esprit, on ne pense que tardivement à la possibilité de l'appendicite concomittente.

Les manifestations aiguës de l'*entérocolite* se diagnostiqueront par la grande mobilité et variabilité de la douleur et sa localisation plus diverse. La présence de membranes dans les déjections permet de rejeter l'hypothèse de l'appendicite, la coexistence des deux affections étant très rare.

En résumé, c'est la surnoise et foudroyante évolution du mal et la presque impossibilité d'un diagnostic précoce,

qui doivent retenir notre attention. Toutes nos observations rapportées dans ce travail concordent pour le démontrer.

Le début de la crise est presque toujours insidieux et les symptômes tout à fait trompeurs.

La douleur abdominale sous forme de coliques utérines a fait penser tantôt à un début du travail, tantôt à une hémorragie rétroplacentaire. La fièvre légère a été mise sur le compte d'une angine dans l'observation n° 2 et a fait errer le diagnostic entre la pyélonéphrite et l'infection amniotique dans les autres.

Le signe de la contracture douloureuse de l'utérus qui s'est toujours manifesté dès le début, aurait pu être d'une utilité remarquable pour imposer le diagnostic si on avait pu évaluer sa valeur comme on l'a fait dans l'observation n° 3. Il est donc de notre devoir de multiplier les observations concernant ce signe précieux qui est susceptible de nous rendre les plus grands services et de sauver la vie de maintes femmes et enfants, qui sans lui seraient fatalement voués à la mort.

Evolution et Pronostic

Il faut reconnaître que les chiffres donnés par les différents auteurs nous montrent d'une façon concordante le grave pronostic de l'appendicite compliquant la grossesse. L'évolution étant ordinairement très rapide, les adhérences inflammatoires n'ont pas le temps de se produire : aussi ce n'est pas vers l'abcès localisé que tend à évoluer l'affection, mais vers la péritonite généralisée. Le pouvoir absorbant du péritoine s'étant accru pendant la grossesse, l'intoxication est beaucoup plus rapide qu'ordinairement.

Pinard dit : Pendant la grossesse l'appendicite à marche insidieuse au début, prend souvent une allure foudroyante et revêt un caractère spécial de gravité.

Si la fréquence de l'appendicite n'augmente pas au fur et à mesure que la grossesse avance en âge, il n'en est pas de même de sa gravité. A partir du quatrième mois, l'utérus remplissant complètement le petit bassin, tout processus inflammatoire gagne fatalement la grande cavité péritonéale.

La gravité atteint son plus haut degré si le travail survient. Les contractions du travail, la brusque déplétion de l'utérus au moment de la période d'expulsion, puis de la dé-

livrance expliquent suffisamment les complications qui peuvent surgir.

La fréquence de l'interruption de la grossesse par l'appendicite marche de paire avec l'intensité de l'inflammation appendiculaire.

S'agit-il d'une appendicite bénigne, d'une opération très précoce ou à froid, on ne voit guère survenir l'interruption de la grossesse, contrairement à ce qui se passe dans les crises suraiguës ou opérées tardivement.

Traitement

S'il est un point sur lequel tout le monde est d'accord, c'est sur la nécessité plus impérieuse que jamais, d'opérer immédiatement toute femme, qui, au cours de sa grossesse présente une crise d'appendicite. L'intervention opératoire aussi hâtive que possible, peut seule offrir des chances de guérison (Pinard). Si le diagnostic est hésitant, la conduite à tenir sera pourtant la même dans la plupart des cas.

Autant que possible, l'opération doit être conservatrice pour la grossesse dont l'interruption systématique, que ce soit avant ou après l'opération, doit être complètement abandonnée. En effet, d'une part dans les crises légères, peu toxiques, il y a beaucoup de chance à ce que la grossesse continue son évolution normale après une opération précoce et d'autre part le pronostic est d'autant plus favorable qu'on peut mieux éviter le déclenchement du travail ou tout au moins différer son apparition le plus longtemps possible. Les avortements postopératoires sont d'ailleurs assez bénins en général, en tant qu'ils n'entraînent pas aussi fatalement la péritonite généralisée que les avortements qui suivent une appendicite non opérée.

Donc, en principe, il ne faut pas toucher à l'utérus, mais

bien au contraire, on doit tenter de différer le travail le plus longtemps possible, par administration des opiacées à haute dose.

L'occurrence du travail avant toute intervention, est une indication formelle à opérer la malade immédiatement. Toutefois une question se pose : Faut-il commencer par vider la matrice, ou par ouvrir l'abdomen. Au point de vue technique opératoire, il serait préférable de vider d'abord l'utérus pour éviter la gêne parfois considérable que son volume peut occasionner surtout au voisinage du terme. Mais le grand danger consiste dans la rupture des adhérences appendiculaires au moment de l'expulsion du fœtus. Ces adhérences n'existent pas toujours, mais rien ne peut nous assurer de leur absence. Ce fait suffit à faire prévaloir le principe suivant lequel l'appendicectomie doit toujours précéder l'évidement de l'utérus.

Cependant si le diagnostic d'appendicite n'est pas fermement établi, si on hésite entre l'appendicite et l'occlusion intestinale, par exemple, dans l'incertitude, l'utérus gravide près du terme pourrait singulièrement gêner le champ d'exploration, donc il sera plus simple de terminer d'abord l'accouchement et de ne s'attaquer qu'ultérieurement à la cavité péritonéale.

Il en est de même si la péritonite s'est déjà déclarée, la grossesse ayant atteint ses termes ultimes et l'enfant étant vivant. Il faut sauver l'enfant avant toute intervention sur l'abdomen.

Observations

OBSERVATION N° 1

Publiée par MM. Rocher, Péry et Favreau (Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, 1921).

Mme J. B., âgée de 22 ans, secondipare. Dernières règles du 2 au 28 février 1920. Le 4 août, au réveil, la malade est prise de violentes douleurs dans le flanc droit, qui l'obligent à s'aliter. L'examen ne peut révéler rien autre chose qu'une douleur diffuse perçue dans la fosse iliaque droite se propageant le long de l'uretère vers la vessie.

Les contractions utérines sont fréquentes, les mouvements de l'enfant constants. Diagnostic hésitant entre infection intestinale et lésion rénale. Les jours suivants, simple pesentier dans le bas-ventre. Malgré la défense, la malade se lève et mange comme à l'ordinaire. Le soir du 8 août, elle prend un purgatif. Le 9, après une nuit calme, au réveil, elle a une selle abondante à la suite de laquelle elle est prise de douleurs beaucoup plus violentes dans le flanc droit, que celles du 4 août.

Douleurs comparables à celles de la dilatation au cours

du travail. L'utérus est continuellement contracté, très douloureux, le fœtus s'agite perpétuellement.

La contraction utérine est constante, la dureté ligneuse du corps et du col font penser à une hémorragie rétroplacentaire. Le syndrome utérin domine la scène. Glace sur le ventre, laudanum. L'état général est mauvais, le faciès grippé.

Le 14 août, on sent au toucher une masse rénitente dans le Douglas donnant la sensation d'une hématocele rétroutérine. Douleurs violentes, ventre ballonné. On porte le diagnostic d'appendicite pelvienne avec collection suppurée dans le Douglas.

Le 16 août, colpotomie postérieure. Evacuation de 600 grammes de pus fétide. Drainage. Le matin au réveil, violente réaction générale, frisson, état syncopal. La crise ne dure qu'un quart d'heure, puis l'état général s'améliore. La température tombe, le volume des urines augmente, les douleurs abdominales disparaissent. La gestation suit son cours. Accouchement à terme au début de décembre.

OBSERVATION N° 2

par MM. Lemeland et J. Scemla

Maternité de Paris n° 2.866, 1924.

Mme Charlotte A..., primipare de 21 ans. Rien à retenir des antécédents personnels et héréditaires. Dernières règles le 23 janvier 1924. La grossesse évolue sans incidents

jusqu'au 13 octobre 1924 au matin. La femme ayant de petites douleurs est admise à la Maternité en observation. La grossesse est au terme de huit mois et demi, l'enfant vivant, tête en bas fixée, dos à gauche. Le col est encore long et fermé. La femme ayant une température de 38°6 avec amygdalite, on se décide après quelques heures d'observation à la passer à l'Infirmierie de la Maternité le travail ne se déclenchant pas et les douleurs ayant cessé.

Dans la nuit, réapparition des douleurs avec effacement du col cette fois. Nouveau passage à la salle de travail 14 octobre le matin. Les douleurs sont fréquentes, très rapprochées. L'utérus est tendu d'une façon continue. Le col est dilaté comme une pièce d'un franc, les bords de l'orifice durs et rigides, la poche des eaux intacte. La fièvre est à 38°, elle est mise sur le compte de l'angine. La femme accuse en effet de la dysphagie et une dyspnée légère. On prescrit un centigramme de morphine à renouveler après quatre heures pour faire céder la contracture utérine.

Les douleurs diminuent d'intensité dans la matinée puis redeviennent très fréquentes dans l'après-midi. A 17 heures, la dilatation est encore stationnaire à 19 heures rupture spontanée des membranes avec écoulement de liquide, purée de méconium.

Dès lors, la dilatation progresse rapidement et à 20 heures elle est complète.

L'utérus est continuellement contracté. La palpation même

légère de sa face antérieure provoque de très vives douleurs. Cette tension permanente et douloureuse rend l'auscultation de plus en plus difficile. Les bruits du cœur sont à peine perceptibles. A 21 heures 10, on se décide à faire une application de forceps quand la tête se dégage d'elle-même à la vulve. Naissance d'un fœtus de 3.380 grammes en état de mort apparente qui n'a pas pu être ranimé malgré des soins énergiques. A 23 heures 10, la délivrance ne s'est pas encore effectuée. *L'utérus est très contracté et douloureux.* Il n'y a pas d'hémorragie, mais l'état général de la malade s'altère progressivement. La fièvre est à 39°6, le pouls à 160. La dyspnée déjà constatée a augmenté avec légère cyanose. On pratique la délivrance artificielle. Le col était revenu sur lui-même et empêchait l'expulsion du placenta presque totalement décollé. Injection intrautérine au Tarnier. L'utérus rétracté forme un globe très dur et douloureux au palper. Dans les heures qui suivent, aggravation marquée de l'état de la malade. La dyspnée est intense, la malade tousse et accuse un point de côté sous mamelonnaire droit, bas situé au niveau des fausses côtes. La fièvre s'élève à 40° accompagnée de frissons intenses et de sueurs. La langue est sèche, rotie, fuligineuse. Pourtant l'abdomen est souple et la prédominance des signes pulmonaires conduit à poser le diagnostic de bronchopneumonie grippale. On prescrit des inhalations d'oxygène et des toniques cardiaques.

La nuit se passe ainsi avec une fièvre élevée et dyspnée toujours continue.

C'est le lendemain matin seulement, qu'apparaissent des symptômes plus nets de localisation péritonéale : ballonnement abdominal avec défense musculaire assez nette au niveau de la fosse iliaque droite. Faciès grippé, état nauséux avec vomissements biliaires.

On pose le diagnostic de péritonite appendiculaire et l'on décide d'intervenir immédiatement.

L'ouverture de l'abdomen au niveau de la fosse iliaque droite donne issue à un liquide louche, fétide, abondant.

L'appendice facilement trouvée, apparaît violacée, on procède à son ablation et après l'exploration rapide de l'abdomen on referme la paroi.

La mort survient dans la soirée.

OBSERVATION N° 3

par MM. Lemeland et Scemla

Maternité de Paris, n° 3.340. Mme Désirée V..., primipare de 16 ans $\frac{1}{2}$.

Dernières règles le 3 mars 1924. Grossesse ayant évolué normalement jusqu'au 25 novembre, date à laquelle la malade dit avoir perdu les eaux, et présenté des coliques abdominales. L'examen révèle une grossesse au terme de 7 mois $\frac{3}{4}$. La tête est mobile au détroit supérieur, dos à gau-

che. Le toucher montre un col encore long et fermé, un bassin généralement rétréci avec sacrum plat, promontoire accessible. En raison du petit volume du fœtus et de l'absence de débordement de la tête au palper mensurateur, on laisse aller le travail.

La journée se passe cependant, les douleurs restant insignifiantes et la malade se plaignant de la région lombaire droite. Le lendemain le travail ne se déclenche pas et la femme se plaint toujours de son côté droit. Un examen minutieux de la région ne révèle rien d'anormal, n'était-ce une légère douleur sur le trajet de l'uretère droit.

Les urines quoique sédimentaires ne contiennent ni albumine, ni pus. L'état général est excellent, mais la température est de 37°3 le soir et le pouls bat à 110.

Le surlendemain 28 novembre, la fièvre qui est à 37°8 le matin monte à 38°3 le soir. Les douleurs abdominales repaissent. *La palpation de l'utérus révèle un état de tension permanente de sa paroi sans contraction vraie.* Au toucher le col est toujours long, épais, dilatable comme un franc. Le doigt perçoit une poche des eaux flasque.

On se trouve ainsi en présence d'un faux travail avec fièvre modérée sans que l'on puisse trouver une explication nette à cette poussée thermique.

Le 29 novembre, l'état est sensiblement le même. Pourtant les douleurs sont plus marquées, le col commence à s'ef-

facier on prescrit des injections chaudes et un grand lavement évacuateur.

Le soir, la femme se plaint de douleurs plus vives au niveau de la fosse iliaque droite. Elle a vomi. *La palpation révèle maintenant à côté d'un utérus toujours contracté et douloureux une légère défense musculaire* au niveau de la fosse iliaque droite avec douleur nette au point de Mac Burney. Le col est un peu dilaté dans son ensemble et la palpation à distance provoque la même douleur dans la région appendiculaire. On conclut à une menace d'appendicite au cours d'un faux travail traînant depuis trois jours et on décide à pratiquer la césarienne abdominale suivie d'appendicectomie.

L'intervention a lieu sans incident, l'appendice est trouvée derrière le cæcum adhérent à lui. Il est congestionné, violacé. On procède à son ablation et l'on ferme la paroi. Suites opératoires très simples. L'enfant est vivant bien portant.

OBSERVATION N° 4

Publiée par MM. Tissier et Lemeland

(Bull. de la Soc. d'Obst., Paris, 1905, page 282)

Il s'agit d'une femme enceinte près du terme, qui étant considérée comme en travail fut envoyée de Baudelocque à la Charité et y succomba très promptement à une poussée suraiguë d'appendicite.

Mme V..., 29 ans, ménagère, octipare, envoyée à la Cha-

rité le 7 août 1905. Elle est enceinte de huit mois environ; dernières règles du 6 au 8 décembre 1904. Fœtus mobile en O. I. G. A. Bruits du cœurs normaux. Au toucher, col souple, déhiscent, mais pas effacé. Membranes intactes. Urines normales.

La femme est constipée, on constate un certain degré de météorisme abdominal. La malade accuse des douleurs vagues dans les reins, mais le ventre n'est pas douloureux.

On pense que la femme est en imminence de travail et on lui administre un lavement qui ramène beaucoup de matières et fait disparaître le météorisme.

Cependant le travail ne se déclenche pas.

Le lendemain, la malade présente des vomissements alimentaires et accuse toujours les mêmes douleurs dans les reins. Dans la soirée, les vomissements sont plus abondants, le ventre légèrement météorisé. *On constate quelques contractions utérines*, mais le col est toujours dans le même état que la veille.

Dans la nuit, vomissements bilieux, dyspnée, douleurs dans les fosses iliaques.

9 août 1905 : Etat général aggravé. La femme est très dyspnéique, pouls à 132, température rectale 37°9, ventre très météorisé surtout à l'épigastre.

Il est douloureux dans les flancs et les fosses iliaques. Les vomissements très abondants sont noirs, marc de café.

Au toucher, le col est toujours dans le même état. Les bruits du cœur fœtal sont sourds et rapides

En présence de ces signes, le diagnostic de péritonite aiguë, généralisée est posée, on pense aussi à l'occlusion intestinale. A une heure de l'après-midi, on n'entend plus les battements du cœur de l'enfant.

M. Savariaud, chirurgien de garde, vient pratiquer l'intervention. Mais avant d'ouvrir l'abdomen, M. Tissier fait la dilatation forcée du col, et au moyen d'une application de forceps extrait un enfant mort, du poids de 2.400 grammes. La femme est immédiatement délivrée et aussitôt après la laparotomie est pratiquée.

On trouve une péritonite aiguë suppurée. Les annexes sont saines. On se borne à faire un large drainage abdominal sans rechercher l'appendice.

La malade succombe dans la nuit malgré les soins, qui lui sont prodigués.

L'autopsie pratiquée le lendemain permet de constater la présence d'une appendice adhérente au cæcum, gangréné à son extrémité, obstrué par un calcul stercoral en son milieu et présentant une perforation au niveau de ce calcul.

Il est intéressant à noter, que d'après les dires de la famille et d'un médecin traitant, cette femme n'avait jamais présenté ombre de troubles intestinaux, encore moins de symptômes appendiculaires.

OBSERVATION N° 5

*Relevée dans le service du Professeur Rudaux
(Maternité de Paris)*

Appendicite à chaud. Accouchement prématuré au septième mois, vingt-cinq jours après le début. Mort le douzième jour des suites de couches.

Mme Henriette B..., primipare de 19 ans. Rien dans les antécédents.

Grossesse actuelle. Dernières règles 10 novembre. Troubles sympathiques. Evolution normale. Plusieurs consultations.

Le 8 avril, la malade ressent quelques douleurs, fait appeler le médecin, qui ordonne des injections et lavement laudanisé.

11 avril : Malade continue à souffrir. Le médecin fait une piqûre et envoie la femme à la Maternité.

12 avril, deux heures : Dirigée à l'isolement avec une température de 39° et pouls 120, on trouve que l'utérus est contracturé remontant à 20 cm. au-dessus de la symphyse très sensible au palper. La grossesse est donc de cinq mois environ. Les bruits du cœur sont imperceptibles, le col est presque effacé, mais l'orifice externe à peine perméable.

9 heures 30 : Utérus toujours contracturé et douloureux, la malade accuse une douleur spontanée constante.

10 heures 30 : Toucher, le col est très en arrière à peine perméable au doigt.

Palper très douloureux. On délimite difficilement un utérus assez dur, mais se relâchant franchement par intervalles. Le fond remonte à deux doigts au-dessus de l'ombilic. L'abdomen est contracturé davantage au niveau du flanc gauche qui est nettement mat.

Sensation vague à ce niveau de tuméfaction profonde. La palpation postérieure des reins n'est pas douloureuse. Pas de nausée mais constipation depuis quatre jours. On pense à la possibilité d'obstruction intestinale ou tumeur juxta-utérine gauche. Lavement, glace.

12 avril, 16 heures : Vomissements verdâtres. Température $37^{\circ}3$, pouls 128. On décide l'intervention.

18 heures 30 : A l'ouverture du péritoine, issue d'un liquide séro-purulent, abondant. L'appendice est violacée, ecchymotique. Son ablation est suivie d'un lavage à l'éther et de drainage. La malade est mise en position assise dans son lit. Huile camphrée, morphine.

Suites opératoires bonnes, la grossesse poursuit son cours.

Le 6 mai seulement surviennent des douleurs de travail, mais avec une température de 39° et pouls à 125.

Le 7 mai : Vomissements verdâtres, contractions utérines vives; dilatation comme une pièce d'un franc.

Le 8 mai : Dilatation comme une petite paume de main,

membranes rompues, petite tête dans l'excavation. A 9 h. 40, accouchement spontané. Garçon né étonné, mais facilement ranimé, pesant 1.650 grammes. Délivrance naturelle. Membranes déchirées incomplètes, face utérine du placenta déchiquetée. Glace. Les jours suivants, la malade fléchit progressivement et meurt douze jours après l'accouchement par septicémie puerpérale.

OBSERVATION N° 6

Relevée à la Maternité de Paris

Service du Professeur Rudaux

Mme B... Suzanne, n° 1.717, 1922. Agée de 18 ans, primipare.

Dernières règles : 19 novembre 1921. Entre dans le service le 9 juillet 1922. Epoque présumée de la grossesse 7 mois 3/4. Présentation O. I. D. P. Cœur fœtal bon. Urines normales. Col dilatable comme un franc. Température 38°, pouls 100. Douleurs.

11 juillet : Les douleurs s'accroissent. Morphine.

13 juillet : Nouvelles douleurs. Résistance marquée dans la fosse iliaque droite. *Contractions douloureuses de la matrice*. La question de l'appendicite se pose, mais ne peut pas être tranchée à cause du début du travail.

10 heures : Col complètement effacé, sommet profondément engagé, douleur dans la jambe droite et dans le flanc droit. Intestins surdistendus par des gaz.

Vomissements. A 19 heures, la dilatation est complète, on fait les préparatifs en vue d'une application de forceps, mais à 19 heures 15 la tête se dégage spontanément.

Naissance d'une fille vivante de 2.100 grammes. Délivrance naturelle complète. Glace, huile camphrée.

Le lendemain, chute de la fièvre, mais météorisme abdominal. Douleur dans la fosse iliaque droite. Pas de selle, ni vomissement.

15 juillet : La fièvre a réapparu 39°2. Pression très douloureuse de l'angle costolombaire droite. On pense de plus en plus à l'appendicite. Intervention le même jour à 16 heures. A l'ouverture de l'abdomen, issue du pus bien lié, odeur fécaloïde. Adhérences bien organisées. Drainage, lavage à l'éther. Huile camphrée, sérum. Suites opératoires bonnes.

Le 29 juillet, le flanc droit est souple. Au toucher, le col est fermé, utérus de volume normal pour le jour des suites de couche.

Le 10 octobre, résection de la trompe droite qui faisait issue par la cicatrice de l'appendicectomie.

Guérison complète le 6 novembre.

OBSERVATION N° 7

par M. Rosenstein (Breslau)

Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gynec., 1914 page 27

Malade âgée de 23 ans. Dernières règles au début du

mois de mai. Dès le début de la grossesse, petites coliques abdominales. Le 14 septembre, douleur violente dans le bas-ventre survenant brusquement dans la rue et obligeant la malade de retourner chez elle, où elle remarque qu'elle perd en rouge du vagin. Le médecin appelé constate que l'utérus est très sensible à la pression. Repos au lit, morphine.

Le soir du 16 septembre, nouvelle crise violente avec forte hémorragie, nausées et vomissements qui ne cèdent pas à la médication opiacée.

Le 17 septembre, ventre ballonné, très sensible. *L'orifice cervical est complètement fermé, la matrice est contracturée d'une façon permanente, elle est dure comme la pierre.*

La malade est amenée à l'hôpital. Température 38°5, pouls 112 bien frappé, rien dans les urines. On porte le diagnostic de début d'avortement compliqué de péritonite.

On décide de vider d'abord l'utérus et de faire après une laparotomie.

Cette dernière révèle des annexes saines et du liquide louche dans le petit bassin. On nettoie la cavité péritonéale et on recherche l'appendice, qui présente plusieurs petites ecchymoses. On l'enlève. On ferme sans drainage.

La température et le pouls devinrent normaux en quelques jours. La malade quitte l'hôpital trois semaines après.

A l'examen histologique, on a retrouvé tous les signes de l'appendicite aiguë.

Conclusions

I. — L'appendicite gravidique loin d'être exceptionnelle, n'est ni plus rare, ni plus fréquente que l'appendicite survenant en dehors de l'état grossesse.

II. — Dans la grande majorité des cas il n'y a pas de relation de cause à effet entre la grossesse et l'appendicite en tant que la grossesse ne peut pas être considérée comme cause provocatrice d'une appendicite primaire. Par contre, elle est souvent un facteur d'aggravation et son influence fâcheuse se manifeste aussi en ce qu'elle peut réveiller, non toujours cependant, la récurrence d'une appendicite préexistante.

III. — La symptomatologie de l'appendicite gravidique est constituée objectivement par les signes péritonéaux le plus souvent trompeurs d'une part et d'autre part par les réactions de l'utérus gravide consistant en contractures durables et douloureuses, permanentes ou pouvant survenir à plusieurs reprises, se traduisant par une tension douloureuse de la matrice dont la valeur est indiscutable en faveur du diagnostic de l'appendicite. Ce signe est d'autant plus précieux qu'il est toujours précoce et se manifeste dès le début de la crise,

qu'il est facilement perceptible par la simple palpation de l'abdomen et par le toucher vaginal.

IV. — Si le diagnostic de l'appendicite est fermement établi, l'appendicectomie doit être précoce et doit toujours précéder l'évacuation éventuelle de l'utérus. L'intervention doit être autant que possible, conservatrice pour la grossesse, qui souvent continue son cours normal.

Vu : le Doyen,

H. ROGER.

Vu : le Président,

BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

Bibliographie

- BOUILLIER. — *Thèse de Lyon*, 1897-1878.
- CROSTE. — *Thèse de Paris*, 1906.
- DUPUIS ALBERT. — *Thèse de Lille*, 1906.
- GLOTAÏN. — *Thèse de Paris*, 1915.
- BAPTESTE. — *Thèse de Lyon*, 1899.
- GILLE. — *Thèse de Nancy*, 1900.
- MARY. — *Thèse de Paris*, 1908.
- PAGNY. — *Thèse de Paris*, 1897.
- PÉNARD. — *Thèse de Paris*, 1912.
- VÉSIAN. — *Thèse de Toulouse*, 1902.
- CHEVALIER. — *Thèse de Paris*, 1900.
- CLÉNET. — *Thèse de Paris*, 1916.
- CORNILLON. — *Thèse de Paris*, 1872.
- LÆWENHARDS H. ST. — *Thèse de Paris*, 1904.
- QUILLARD. — *Thèse de Paris*, 1901.
- BOUTELLE. — *Thèse de Paris*, 1901.
- BERNARD. — *Thèse de Paris*, 1903.
- BEAUCHARD. — *Thèse de Paris*, 1906.
- WAGNER. — *Thèse de Strasbourg*, 1920.
- IARCA. — *Thèse de Paris*, 1897-1898.

- BOURY. — *Thèse de Paris*, 1925.
- LEGENDRE. — App. et gr. *Revue prat. d'Obst. et de Péd.*, 1897, page 200.
- PIERRE DELBET. — Supp. pelvienne chez la femme.
- BRINDEAU. — Soc. d'Obst. de Paris, 1908. *Arch. Mens. de Gyn. et Obst.*, 1917.
- RUDAUX. — Diagnostic et traitement de l'appendicite pendant la grossesse et suite de couche. *Archives gén. de Médecine*, 1904, premier semestre, page 1.057.
- TISSIER et LEMELAND. — App. et grossesse. *Bull. Soc. d'Obst.* Paris, 1905, page 282.
- TÉDÉNAT. — *Bull. Soc. d'Obst.*, Paris, 1912.
- BUDIN. — Les avantages de l'expectation dans certains cas de contracture utérine. *Journal des Praticiens*, 1903.
- MONOD. — De la résection de l'app. à froid au cours de la grossesse. *C. R. Soc. d'Obst. Gyn. Péd.*, Paris, 1903, page 70.
- OUI. — Appendicite et grossesse. *C. R. Soc. d'Obst. Gyn. Péd.*, Paris, 1903-1906.
- PINARD. — Appendicite et puerp. *Annales Gyn. Obst.* 1898, 1899, 1900. *C. R. Soc. Obst. Gyn. P.*, Paris, 1899, 1903.
- PORAK et SCHWARTZ. — *C. R. Soc. Obst. Gyn. P.*, Paris, 1899, page 79.

- HLAVACEK. — Über komplikationen von Schwangenschaft. *Monatsschrift für Geburstshilfe et Gynaeko*, 1897, Bd 6, 1897, S. 327.
- KEILER. — Pérityphlitis und Gravidität. *Münchener medizinischen Wochenschrift*, 1902, S. 748.
- KOM. — Perforation des Wurmfortsatzes in der Schwangerschaft. *Zentralblatt für Gynaek*, 1885, S. 444.
- LEOPOLD. — *Zentralblatt für Gyn.*, 1884, S. 444.
- KRAFFT. — Opération der appendizitis während der Schwangerschaft. *Zentrablatt für Gyn.*, 1894, S. 1.359.
- LEBHARDT. — Schwangerschaft und Pérityphlitis. *Münchener med. Wochenschrift*, 1904, S. 207.
- MAUCLAIRE. — Péritonite app. au 5^e mois de la grossesse. *Ann. de Gyn. et Obst.*, 1905, page 243. *C. R. Soc. d'Obst. G. P.*, Paris, 1904, page 290.
- LINDNER. — Analyse de l'app. et grossesse. Treize observations. *Arch. f. Gyn.*, 1907.
- GRATTAN. — *Gyn. et Obst.*, 1920, page 300.
- KLIEN. — Sur l'appendicite pendant la puerpéralité. *Monatschrift f. Geb. ü Gyn.*, Bd 29. Analyse : Obstétrique, 1908, page 63.
- WEBER. — Obstétrique, 1908 page 406.
- MAAY. — Obstétrique, 1909, page 236.
- COMMANDEUR et DUVERNAY. — *Lyon Méd.*, 1^{er} janvier 1905.
- CALMANN. — Pérityphlitis ü Schwangerschaft. *Monatschr. f. Geb.*, 1907, S. 518.

- FALK OTTO. — Bedeutung der App f. Geburtsh. *Zentralbl. f. Gyn.*, 1900, S. 193.
- FELLNER OTTFRIED. — Soll man vor der App. Operation die Schwangerschaft beenden oder nicht, 2, 1906, S., 542. Therapie der Gegenwart, Neueste Folge.
- OPITZ. — Frauenheilkunde.
- FROMM. — Phys. und Path. des Wochenbettes.
- LICHTENSTEIN. — Über die Morbidität im Wochenbett bei vorzeitigem Fruchttod. Basel, 1912, 8°, Bas. méd. 541.
- FAGES. — Über (appendizitis). *Wiener med. presse*, 1896 n° 10, S. 371.
- BOIJE O. A. — Über appendizitis während Schwangerschaft. Mitteilungen aus der Gyn. Klinik des Prof. Otto Engström. Bd 5, 1903, S. 1.
- ROSNER. — *Zentralblatt für Gyn.*, 1905, S. 764.
- OPITZ. — Therapie der Gegenwart Neueste Folge, 1906, S. 394.
- PAUKOW. — Lehrbuch der Gyn.
- KRÖENIG. — Operative Gyn.
- MAUSFELD. — Appendicite et grossesse. Analyse obst., 1910, page 193.
- SCHÖFFER et R. KELLER. — Tension de l'épiploon au cours de la gestation. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Strasbourg. Séance 19 juin 1923. Compte rendu dans le *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, n° 7, page 441.

- LEPAGE et MOUCHOTE. — Annales de Gyn. et d'Obst., 1906.
- LE LORIER et DUCHÈNE. — Accident de l'occlusion intest. à trois mois et demi de la gestation. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, 13 mars 1922, *in Bull. de la Soc.*, t. XI, n° 2, 1922, page 100
- VAUTRIN. — Occlusion int. pendant la gestation. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Nancy, 15 mars 1922. *Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, t. XI, n° 3, 1922, page 204
- PUECH. — Appendicite et grossesse. *La Provence Médicale*, 19° année, nouvelle série, n° 52, page 611.
- HARTMANN. — Appendicite pendant la grossesse. Annales, Obst., 1909, page 236.
- PUECH. — Appendicite et grossesse. *Revue pratique d'Obst. et Pédiatrie*, janvier 1907.
- BRINDEAU et JEANNIN. — Appendicite gangréneuse chez femme enceinte. Péritonite générale. — Appendicectomie mort. Annales Gyn. Obst., 1909, page 238.
- VAUTRIN. — Les fausses appendicites de la grossesse. Annales Gyn. Obst., 1914, page 177.
- KÖNIG. — Appendicite et grossesse. *Revue pratique d'Obst. et Pédiatrie*, janvier 1907.
- BOQUEL. — Sur le traitement des péritonites aiguës au cours de la puerpéralité. *Archives mensuelles*, 1917, page 37.

- DUVERGEY. — Cystite gangréneuse par rétroversion d'utérus gravide. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, n° 1, 1922, page 29.
- GRIMANET. — Suppuration abdomino-pelvienne au cours de la grossesse. Soc. d'Obst. de Nancy. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, n° 6, 1922, page 511.
- ROCHER, PÉRY et FAVREAU. — Appendicite gangréneuse pelvienne et gestation. *Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, n° 2, 1921.
- BRINDEAU. — Pratique de l'art de l'accouchement.
- FAVREAU et CHAPUT. — Appendicite et gestation. *Le Progrès Médical*, 24 mars 1923.
- TARNIER et BUDIN. — Traité de l'art de l'accouchement.
- CROISIER. — Appendicite et grossesse. *C. R. Soc. d'Obst. Gyn. et Péd.*, Paris, 6 avril 1903, page 42.
- FOWLER. — Uber appendizitis.
- FÜTH. — Uber das Zusammentreffen von Gravidität mit appendizitis. *Archives für Gynaekologie*, Bd 76, 1905, S. 507.
- GENER. — Ueber die Bedeutung der Perityphlitis für die Geburtshilfe und Gynaek. *Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaek*, Bd 16, 1902, S. 448, S. 452.
- HAGAPOFF. — Diskuss uber Hergotts Mitteilung XIII^e Congrès international de Médecine de Paris, 1900, section d'obstétrique, page 451.

- HERGOTT ALPHONSE. — Appendicite et accouchement. XIII^e Congrès international de Médecine, section d'obstétrique, page 443.
- HENRI VIGNES. — Appendicite et gestation. *Journal des Praticiens*, 26 avril 1924.
- DIEULAFOY. — *Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu*, Paris, 1898.
- DUVERNAY. — Appendicite et puerpéralité. *Lyon Médical*, 1905, page 20.
- BOUILLY. — *C. R. Soc. d'Obst. Gyn. et Péd.*, Paris, 5 mai 1899, page 85.
- FÜTH. — *Arch. f. Gynäk.*, Bd 76, S. 527. Über die Verlaufsart des Zölkums Während der Gravidität, Ebenda, Bd 101.
- Über die hohe Mortalität der Append. in Gravid. und Ursachen Med. Klinik, 1913, n^o 39.
- RENVALL. — Ueber Appendizitis Während Schwangerschaft, Berlin, 1908.
- SCHAWTA. — Einleitung der Geburt wegen inneren Krankheiten *Monatschrift f. Geburtsh.*, 1902, S. 486.
- STAHLER. — Obstétrique, 1910, page 285.
- MORESTIN. — Péritonite gén. d'origine app. au cours de la grossesse. *Soc. Chirurgie*, Paris, 12 mars 1911.
- MOIROUD. — Note sur le diagnostic de l'appendicite aiguë chez la femme. *Revue médicale de France et col.*, janvier 1926.



Saumur. -- Imp M. CHEVALIER



